DISSERTATION

N° 143.

SUR

LES FIÈVRES INTERMITTENTES

RÉGULIÈRES ET NON PERNICIEUSES

EN GÉNÉRAL ;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 8 juillet 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR BERNARD-ÉDOUARD FONTANS, de Préchac,

Département de la Gironde.

A PARIS.

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n. 13.

1831.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	.....
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. CLOQUET, *Examinateur.*
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique médicales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Examinateur.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	LEROUX. FOUQUIER. ..... CHOMEL, *Président.*
Clinique chirurgicale	BOYER, *Suppléant.* DUBOIS. DUPUYTREN. ROUX, *Examinateur.*
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque, *Suppléant.*	Dubois.
Bayle.	Gerdy.
Berard.	Gibert.
Blandin.	Hatin.
Bouillaud.	Lisfranc.
Bouvier.	Martin Solon.
Briquet.	Piorry.
Brongniart.	Rochoux.
Cotterbau, *Examinateur.*	Sandras.
Dance.	Trousseau.
Devergie, *Examinateur.*	Velpeau.
Dubled.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

Officier de santé,

A MA MÈRE.

Témoignage d'amour et de reconnaissance.

A MES SŒURS,

A MON BEAU-FRÈRE.

Amitié.

B.-É. FONTANS.

A MON PÈRE.

A MA MÈRE.

A MES SŒURS,

A MON BEAU-FRÈRE.

DISSERTATION

SUR

LES FIÈVRES INTERMITTENTES

RÉGULIÈRES ET NON PERNICIEUSES

EN GÉNÉRAL.

On a désigné sous le nom de *fièvres intermittentes* des maladies dans lesquelles les symptômes de la fièvre cessent pour reparaître à des intervalles variables, mais déterminés et égaux entr'eux. Le retour des symptômes a reçu le nom d'*accès ;* chaque accès est composé de trois périodes, qu'on appelle *stades*, et qui sont le stade de froid, de chaleur et de sueur. L'intervalle qui sépare les accès a été appelé *apyrexie* ou *intermission ;* les jours où les accès se montrent ont reçu le nom de *jours paroxystiques ;* et ceux d'intermission, celui d'*intercalaires.*

Ces maladies, si différentes de toutes celles auxquelles l'homme est sujet, soit par leur marche, soit par le traitement qu'on peut leur opposer, offrent de grandes variétés dans leurs symptômes ; quelquefois elles sont si légères, que ceux qui en sont atteints peuvent conti-

nuer, même pendant les accès, à vaquer à leurs occupations; d'autres fois, au contraire, elles entraînent les malades au tombeau dès le troisième ou le quatrième accès : ces dernières sont dites *pernicieuses;* mais entre ces deux extrêmes il est une foule de degrés intermédiaires, qui se montrent bien plus souvent que les deux autres. Destiné à exercer dans un pays où ces affections sont très-fréquentes en automne, mais où les fièvres pernicieuses sont assez rares, je parlerai principalement de celles qui obligent, par leur gravité, à recourir au secours de l'art, sans menacer d'une manière aussi brusque la vie des malades.

Ces maladies sont épidémiques, endémiques ou sporadiques.

Causes.

Les circonstances dans lesquelles se développent ordinairement les fièvres intermittentes épidémiques et endémiques ont beaucoup aidé à faire connaître leur étiologie. Ainsi, comme elles reviennent au printemps et à l'automne de chaque année, dans les lieux bas, humides, marécageux, aux environs des étangs et des mares d'eaux croupissantes, sur les bords des rivières boueuses et peu rapides, on les a généralement attribuées aux miasmes qui se dégageaient du sein de ces foyers de putréfaction. En effet, à ces deux époques de l'année l'émanation des effluves marécageux est plus grande que jamais. Au printemps, la putréfaction des détritus de végétaux et d'animaux qui se trouvent sur leurs bords, retardée par les froids de l'hiver, est activée par le retour du soleil dans notre hémisphère; et en automne, la baisse des eaux a mis à nu cette quantité prodigieuse de plantes annuelles qui se sont accrues sur leurs bords pendant l'été et qui sont mortes avec lui. C'est à ces causes qu'on doit attribuer ces épidémies de fièvres qui, dans certains lieux, reparaissent tous les ans. Des causes analogues, mais accidentelles, viennent quelquefois les développer dans des régions que leur position en avait exemptées jusque là : ainsi, lorsqu'on fait de grands mouvemens de terre, comme pour

creuser des canaux ; lorsqu'un égoût rempli de matières putrescibles vient à se percer, et les laisse exposées à l'air ; lorsque de grandes pluies forment des lacs accidentels qui sont long-temps à se dessécher, on a vu les habitans des contrées voisines être frappés en grand nombre de fièvres d'accès ; mais comme ici la cause n'est que momentanée, l'effet disparaît avec elle, et ne persiste pas comme dans les lieux où ces conditions tiennent à la nature du terrain.

La salubrité de ces lieux est loin d'être la même à toutes les époques de la journée : on a remarqué que la cause qui produit ces maladies agit bien plus efficacement avant le lever et après le coucher du soleil que pendant la chaleur du jour. MM. *Roche* et *Sanson* rapportent qu'un pharmacien a pu impunément remuer pendant plusieurs jours la boue des marais les plus infects lorsque le soleil était à l'horizon ; tandis qu'on a depuis long-temps observé qu'il suffit quelquefois de passer une nuit sur les bords des marais Pontins pour se réveiller avec la fièvre intermittente. On peut aisément se rendre compte de cette différence : dans le jour, les couches d'air imprégnées de miasmes exhalés des marais sont promptement réchauffées, et montent aux régions les plus élevées ; tandis que le soir, la terre se refroidissant, l'air se condense, les couches supérieures redescendent, les miasmes sont alors très-rapprochés, et leur action délétère peut s'exercer avec beaucoup de force.

Telle est l'hypothèse qu'on a imaginée pour expliquer la production de ces maladies dans les lieux que j'ai désignés ; elle réunit en sa faveur tous les genres de probabilité. En effet, les habitans des lieux secs et élevés en sont exempts ; plus on se rapproche des étangs et des marais, plus le nombre des fiévreux augmente ; au contraire, à mesure qu'on s'en éloigne on le voit diminuer. Un étang sur les bords duquel se montraient beaucoup de fièvres vient-il à être desséché, les fièvres cessent ; le vent passe-t-il pendant plusieurs jours sur ces lieux, il porte la maladie dans des contrées où elle ne se montrait pas auparavant ; et l'on sait qu'Empédocle délivra pour jamais Agrigente, sa patrie, des fièvres qui la désolaient chaque année, en faisant

fermer une gorge par où passait un vent qui s'était imprégné des effluves dégagés d'un marais voisin. Malgré toutes ces probabilités, cette opinion n'est cependant qu'une hypothèse, car les analyses les plus rigoureuses n'ont pu jusqu'ici démontrer l'existence de ces miasmes. Telles sont les causes qui produisent le plus ordinairement les épidémies des fièvres d'accès. Lorsque ces maladies se montrent d'une manière sporadique, elles sont dues à des causes très-variées. Une indigestion, très-souvent l'embarras gastrique, l'exposition long-temps prolongée au froid humide, la conservation d'habits mouillés, les affections morales, des vers dans l'intestin, l'habitation dans les rues étroites et humides des grandes villes, et en général toutes les causes de maladie peuvent les produire. Ces affections sont propres aux climats tempérés.

Symptômes.

On doit diviser les symptômes des fièvres intermittentes en deux ordres, savoir : ceux de l'*accès*, et ceux de l'*apyrexie*.

Symptômes de l'accès. L'accès, comme je l'ai dit, se divise en trois stade.

Stade de froid. L'accès est souvent annoncé quelques jours ou quelques heures à l'avance, par des bâillemens, des pandiculations, des crampes dans les jambes, des douleurs dans diverses parties du corps, le plus souvent à la tête, la perte de l'appétit, de légers frissons, etc. Après ces prodrômes, qui sont loin d'être constans, le froid saisit le malade; il peut débuter par toutes les parties du corps, mais ordinairement c'est par les pieds et les jambes qu'il commence; de là il se propage au tronc et aux membres supérieurs. La face et toute la peau sont pâles, livides, tachées de marbrures; tous les tissus sont rétractés, les bulbes des poils se dressent (chair de poule); les membres sont tremblans, les dents claquent avec force, le malade se couche, il croise ses bras sur la poitrine, il fléchit la tête, la partie

antérieure des cuisses est ramenée sur l'abdomen, il se met en boule. Dans cette position, il demande à être réchauffé, mais tous les efforts qu'on fait sont ordinairement inutiles. Le froid peut n'être que partiel, ou n'avoir pas partout la même intensité; il peut parcourir successivement les différentes parties du corps, ou se faire sentir dans toutes à la fois; enfin il n'est pas toujours en rapport avec ce que le malade exprime. Quelquefois on ne remarque pas que la température ait sensiblement baissé dans des points où le malade accuse le froid plus vif; presque toujours cependant l'extérieur est refroidi et paraît même rapetissé. Tels sont les symptômes du froid porté à un haut degré, mais il n'est pas toujours aussi fort; quelquefois ce n'est qu'un frisson léger, d'autres fois il manque tout à fait. Pendant ce stade, dont la longueur varie pour l'ordinaire d'une à trois heures, la céphalalgie est souvent très-intense, d'autres fois nulle; la bouche est sèche, la soif ordinairement vive; les vomissemens bilieux se font souvent remarquer. J'ai vu une jeune femme être très-fatiguée de vomissemens fréquens de matières verdâtres; des déjections alvines ont quelquefois lieu, mais elles sont plus rares que les vomissemens. L'urine rendue pendant ce stade est limpide, pourvu qu'elle ait été sécrétée pendant l'accès; le pouls est petit et fréquent, la transpiration nulle, la respiration est gênée, quelquefois anxieuse, à cause du resserrement de la poitrine.

Lorsque ces symptômes ont duré d'une à trois heures, le second stade arrive.

Stade de chaleur. Celle-ci commence souvent au front ou à l'épigastre, et de là s'étend à toutes les parties du corps. Les membres se détendent, ils acquièrent un peu plus de volume que dans l'état ordinaire; la face se colore assez fortement, la céphalalgie est très-souvent intense; le pouls est fort, plein, développé; la peau est brûlante et sèche, le malade se dégage successivement de toutes les couvertures que le froid lui avait fait accumuler sur son corps, il s'agite continuellement pour chercher à se rafraîchir; la soif est vive, la bouche

est toujours sèche; quelquefois des vomissemens continuent, mais souvent ils cessent avec le froid; l'urine est rouge, brûlante, mais ne dépose pas. La longueur de ce stade est aussi variable que celle du premier; quelquefois la sueur vient immédiatement après le froid; d'autres fois, au contraire, la chaleur occupe presque tout le temps de la durée de l'accès; sa longueur ordinaire est de quelques heures, et il est remplacé par la sueur.

Stade de sueur. Le front, le pourtour des lèvres, les tempes, et successivement le tronc et les membres se couvrent de gouttelettes transparentes qui imprègnent le lit et la chemise du malade. La sueur est quelquefois si abondante, qu'il semble avoir été plongé dans un bain. Chez d'autres, ce n'est qu'une simple moiteur; la céphalalgie diminue, les douleurs à l'épigastre ainsi que les vomissemens cessent, lorsqu'ils se sont prolongés pendant la chaleur; le pouls, devenu large et mou, perd sa fréquence; la soif et l'anxiété disparaissent; l'urine, plus abondante que dans les autres stades, laisse déposer un sédiment briqueté; le malade éprouve un bien-être qui l'invite au sommeil.

La plus grande partie des fièvres intermittentes offrent pendant l'accès les symptômes que je viens de décrire; mais on conçoit qu'ils peuvent offrir dans leur durée, leur intensité, des modifications infinies, qu'il serait trop long de détailler. Le froid peut être porté depuis la simple horripilation jusqu'au tremblement le plus violent, la chaleur varie depuis une légère sensation de chaud jusqu'à une ardeur brûlante. La sueur, ordinairement ténue, d'une odeur acide, incolore et chaude, peut être visqueuse, fétide, jaunâtre et froide: ce dernier symptôme est rare et d'un mauvais augure. Un, deux et même les trois stades peuvent manquer, n'occuper qu'une partie du corps, ou ne pas se succéder dans l'ordre que j'ai indiqué. Les fièvres sont alors dites *anomales*. Aux symptômes que j'ai indiqués il faut encore en joindre quelques-uns qui se montrent rarement, et qui tiennent à l'idiosyncrasie des malades, tels que les convulsions chez les enfans et les personnes nerveuses, du délire, des défaillances, etc.

La longueur de l'accès se compose de la longueur de chacun des stades. Elle est ordinairement de quatre à douze heures ; le plus court ne dure guère moins d'une heure ; le plus long ne se prolonge guère au-delà de quinze à dix-huit. On ne peut, d'après la longueur et l'intensité d'un stade, juger de ce que sera le suivant ; quelquefois à un froid très-violent succède une chaleur modérée, et *vice versâ* : cependant, lorsque le premier stade est très-long et très-fort, il est raisonnable de craindre que les autres ne lui ressemblent.

Ici se termine ce que j'ai à dire sur les symptômes de l'accès ; je vais parler de ceux qui se montrent dans l'apyrexie.

Symptômes de l'apyrexie.

J'ai dit que, vers la fin de l'accès, le malade s'endormait ; c'est ce qui arrive le plus ordinairement. A son réveil, il est le plus souvent sans fièvre ; mais il est fatigué, sa tête est pesante, quelquefois encore un peu douloureuse ; ses jambes chancellent, il a de l'anorexie ; la bouche est pâteuse, mauvaise, l'haleine fétide, l'épigastre encore douloureux, surtout après les premiers accès, s'ils sont compliqués d'embarras gastrique ; il a du dévoiement ou de la constipation. Le pouls est à l'état normal, ainsi que la chaleur de la peau. Du reste, ces symptômes n'existent qu'après les premiers accès ; car, lorsqu'ils durent depuis long-temps et dans certains types, le malade se sent plus fort, il est dans un état de santé parfaite, et son appétit est beaucoup augmenté. J'ai décrit les phénomènes qui se montrent pendant l'accès et pendant l'intermission, je dois maintenant parler de quelques lésions que les fièvres intermittentes produisent assez fréquemment. Ces lésions, au nombre de quatre, sont : le gonflement de la rate et du foie, l'infiltration du tissu cellulaire, et la couleur de la peau, qui est d'un blanc mat. Elles surviennent quelquefois dès les premiers accès, mais il est plus ordinaire de ne les voir se produire que lorsque la maladie dure déjà depuis long-temps. La plus fréquente est le gonflement de la rate ; il survient très-souvent après un

petit nombre d'accès. D'abord il est peu considérable ; on sent dans l'hypochondre gauche une tumeur dure, quelquefois sensible à la pression, offrant un bord antérieur tranchant de haut en bas, et en dehors une surface convexe. Chez quelques malades, sans que le volume de cet organe soit sensiblement augmenté, une exploration attentive fait reconnaître sur sa face externe un point endurci, qui disparaît difficilement, même après la guérison de la fièvre. J'ai vu à l'Hôtel-Dieu M. *Bally* annoncer, sur ce seul signe, qu'un malade avait eu des fièvres intermittentes ; il en était cependant délivré depuis plus d'un an. Ce praticien prétend que c'est à cette cause, qui échappe souvent au malade et au médecin, qu'on doit attribuer les rechutes fréquentes qui ont lieu dans ces maladies, et la funeste prédisposition que les malades contractent à en être atteints de nouveau, lorsque déjà ils les ont eues pendant long-temps. Quelquefois le gonflement de la rate est énorme ; j'ai eu occasion de la voir occuper la presque totalité de la cavité abdominale.

L'engorgement du foie est plus rare que celui de la rate ; on le reconnaît facilement à la saillie horizontale de son bord tranchant, au-dessous des fausses côtes droites.

L'infiltration du tissu cellulaire s'observe assez souvent. Elle commence autour des malléoles ; de là elle remonte successivement aux jambes, aux cuisses, dans la cavité du péritoine ; enfin elle peut devenir générale, si l'on ne fait rien pour arrêter la cause qui la produit. Elle coïncide presque toujours avec l'engorgement des viscères abdominaux, et, comme elle, accompagne celui-ci, quelle que soit la cause qui l'ait produit ; je crois que souvent on ne devrait la regarder que comme un symptôme de cette lésion.

La couleur d'un blanc mat que les fièvres intermittentes impriment, surtout à la peau du visage, ne survient qu'après un grand nombre d'accès, et diffère, par quelque chose qu'on ne peut décrire, de toutes les colorations que diverses maladies donnent à cette membrane. La prolongation des accès peut jeter les malades dans le marasme ; mais

le plus souvent l'amaigrissement ne se fait que d'une manière assez lente, et s'arrête même quelquefois.

Après avoir décrit les symptômes de l'accès et ceux de l'apyrexie, et ceux des lésions que ces maladies entraînent le plus souvent lorsqu'elles se prolongent, je vais m'occuper des divisions principales qu'on a introduites pour faciliter leur étude.

Division.

L'ordre dans lequel reparaissent des accès semblables a reçu le nom de *type*, et a servi de base à la classification de *Sauvages*. Les types les plus communs sont au nombre de trois, quotidien, tierce et quarte. Si la fièvre revient tous les jours, à la même heure, avec la même intensité, elle est dite *quotidienne;* si elle ne revient que tous les deux jours, qu'il y ait par conséquent un jour intercallaire, elle est *tierce;* enfin, s'il y a deux jours d'apyrexie, elle est *quarte*. On connaît encore des types quintanes, sextanes, etc.; mais ils sont très-rares. Lorsque dans le temps de l'apyrexie il y a un nouvel accès qui diffère du premier, soit par sa longueur, soit par sa force, la fièvre est dite *double* : ainsi il y a des fièvres *double-quotidienne*, *double-tierce*, *double-quarte*, etc. Il y a aussi une fièvre *triple-quarte*, dans laquelle il y a accès pendant trois jours de suite, et où le quatrième ressemble au premier, le cinquième au second, etc. On appelle *doublée* celle qui tous les deux ou trois jours offre deux accès en vingt-quatre heures. Enfin il y a des fièvres *erratiques* ou sans type. Chacun d'eux se montre de préférence dans une des deux saisons de l'année. La quotidienne est rare en automne et fréquente au printemps; la fièvre double-tierce règne pendant les chaleurs, et la fièvre quarte ne se montre guère que vers la fin de l'automne; la fièvre tierce appartient à peu près également à toutes les saisons. L'époque dans laquelle on les observe les a fait diviser encore en *vernales* et *automnales*. L'observation a démontré que les premières étaient moins graves que les secondes; qu'elles ne tendaient pas, comme elles, à se prolonger in-

définiment, et qu'elles entraînaient moins souvent à leur suite l'engorgement des viscères abdominaux.

Pinel, et après lui M. *Chomel*, les ont rattachées aux différentes classes de fièvres qu'ils ont admisses. Ce dernier professeur décrit une fièvre intermittente simple, inflammatoire, bilieuse, muqueuse, nerveuse, adynamique. Cette division est aujourd'hui généralement adoptée avec celle de *Sauvage ;* ainsi lorsqu'on parle d'une fièvre d'accès, on indique et son type et la classe à laquelle la rattachent les symptômes qui l'accompagnent. Les fièvres pernicieuses méritent encore d'être distinguées de celles qui ne le sont pas : elles sont caractérisées par une marche si rapide, qu'elles entraînent la mort des malades après deux ou trois accès ; elles offrent en outre une prostration subite des forces, l'altération profonde des traits, la petitesse et l'irrégularité du pouls, et l'apparition d'un ou de plusieurs symptômes très-graves. Quoiqu'il n'entre pas dans mon plan de traiter de ces maladies, j'ai cru devoir en donner la définition, pour faire voir ce que j'entends par fièvre non pernicieuse. Ces maladies sont encore régulières ou anomales. Dans les premières, les trois stades se montre toujours dans l'ordre où je les ai indiqués ; dans les secondes, au contraire, un ou même tous les stades peuvent manquer, ou l'ordre de leur apparition est interverti. On avait encore introduit d'autres divisions, mais elles sont abandonnées.

Marche. Durée. Terminaison.

La marche des fièvres intermittentes varie selon la saison de l'année où elles règnent, et selon le type qu'elles affectent. J'ai déjà dit que les fièvres vernales se terminaient plus promptement que les fièvres d'automne. On les voit souvent devenir continues, elles affectent le type quotidien de préférence à tout autre. La complication inflammatoire est très-commune, tandis qu'on les voit rarement accompagnées de symptômes bilieux ou muqueux. Les fièvres d'automne les offrent ordinairement ; on ne les voit presque jamais passer à l'état

continu ; mais pour peu qu'elles durent, leur type est sujet à beaucoup varier, et aux approches des froids de l'hiver elles deviennent souvent quartes et sont alors très-opiniâtres.

La durée des fièvres intermittentes (j'entends l'espace de temps qui s'écoulent entre le premier et le dernier accès sans faire abstraction de l'apyrexie) est ordinairement longue, en supposant qu'on ne fait rien pour arrêter les accès. Nous avons vu que la saison influait sur la marche de ces maladies ; le type n'y est pas non plus étranger. Les fièvres vernales durent moins que celles d'automne, et, toutes choses égales d'ailleurs, les quotidiennes durent moins que les tierces, et celles-ci moins que les quartes ; quelques-unes cessent après cinq ou six accès, d'autres après quinze ou vingt, d'autres après trente ou quarante ; enfin il y en a qui durent six mois, un an ; j'ai vu plusieurs personnes qui en avaient été fatiguées pendant quinze et dix-huit mois. Lorsque ces maladies durent si long-temps, elles produisent ordinairement de grands désordres et souvent la mort des malades. Cependant beaucoup en guérissent ; alors la fièvre change quelquefois de type, si elle était quarte, et c'est le type qu'elle affecte le plus communément, elle devient tierce ou double-tierce, et cesse peu à peu après quelques accès ; ou bien encore elle est emportée tout à coup par des sueurs abondantes, qui surviennent sans cause connue et sans qu'on ait rien fait pour les provoquer.

La terminaison de ces maladies est rarement funeste ; les malades peuvent être ramenés à la santé, soit par les seuls efforts de la nature, soit par les secours de l'art. Lorsque la fièvre cesse toute seule, les accès perdent d'abord de leur intensité et de leur longueur. Un stade manque, c'est ordinairement le froid, puis la chaleur, puis la sueur ; le malade ne ressent plus rien, ou quelquefois les jours paroxystiques et à l'heure où l'accès aurait dû revenir il éprouve du malaise, de la lassitude : ces symptômes disparaissent et la santé est parfaite. La fièvre cesse quelquefois tout d'un coup, mais alors les rechutes sont plus à craindre que lorsqu'elle a disparu peu à peu ; les fébrifuges ou d'autres moyens l'enlèvent presque toujours subitement.

Quoique le plus ordinairement l'issue de ces maladies soit favorables, elles peuvent entraîner la mort des malades, soit après un petit nombre d'accès (fièvres pernicieuses), soit après avoir eu une durée plus ou moins longue, et qui a entraîné des lésions que je vais maintenant examiner.

Autopsie.

Les ouvertures des cadavres de ceux qui étaient morts de fièvres intermittentes qui avaient duré long-temps n'ont montré jusqu'ici de lésion constante que l'engorgement des viscères abdominaux. Celui de la rate est le plus fréquent; il ne commence guère qu'après un certain nombre d'accès; il manque souvent, surtout dans les fièvres vernales. On a trouvé cet organe rompu et réduit en putrilage; il est quelquefois si développé qu'il occupe la presque totalité de la cavité abdominale; ordinairement il offre une hypertrophie médiocre, et son tissu est ramolli. Le foie a été trouvé engorgé, quelquefois squirrheux; on trouve aussi l'infiltration du tissu cellulaire : mais ces lésions ne s'observent que lorsque la maladie dure depuis long-temps; alors les signes cadavériques qui pourraient faire découvrir son siége ont disparu, si tant est qu'il en existe. Tout porte à croire que les lésions que j'ai indiquées sont l'effet et non la cause de la maladie. On trouve bien d'autres altérations; mais elles sont si variées et si peu constantes, qu'il est bien difficile de leur attribuer ces maladies. De là les nombreuses hypothèses pour expliquer le siége et la nature des fièvres intermittentes. Les uns les ont attribuées à la bile, les autres à l'atrabile; celui-ci place leur siége dans les capillaires de la peau, celui-là dans les vaisseaux exhalans. M. *Broussais* pense qu'elles sont toujours le produit d'une gastro-entérite qui peut ensuite se compliquer d'une autre irritation. M. *Boisseau* pense que l'irritation de tous les organes peut donner lieu à ces maladies; il croit bien que la gastro-entérite est la plus fréquente, mais il ne veut pas qu'on les lui attribue exclusivement. M. *Rayer*, dans l'article *Intermittent* du Dictionnaire en 21 vol., en place le siége dans l'encéphale et la moelle

épinière ; il pense que le grand sympathique y est étranger. Dans un Mémoire inséré dans le Journal des Progrès, M. *Guérin* de Mamers croit, au contraire, que le système ganglionnaire les produit aussi souvent que les autres parties du système nerveux. D'autres les ont regardées comme des maladies spécifiques : l'intermittence des accès a été attribuée à l'action intermittente des causes, et à l'intermittence d'action des organes où on en a placé le siége ; au milieu de ce choc d'hypothèse, avancées et soutenues avec talent, et qui se réfutent les unes les autres, on sent que je ne puis adopter d'opinion, et que j'ai dû me borner à rappeler une partie de celles qui ont été émises pour expliquer ces maladies, si extraordinaires sous tous les rapports : l'ignorance où l'on est encore plongé sur le siége et la nature de ces maladies serait bien plus déplorable, si l'on n'avait des moyens efficaces pour les guérir. Heureusement qu'il n'en est rien, et que cette connaissance, ordinairement si précieuse, est ici d'une utilité secondaire. L'anatomie pathologique peut seule dissiper les ténèbres qui couvrent ce sujet, et il est à craindre qu'il faille encore beaucoup de temps pour qu'elle y parvienne ; car, comme l'observe M. *Chomel*, un médecin instruit ne laisse pas mourrir beaucoup de malades atteints de ces affections, et ceux qui en perdraient assez ne possèdent pas des connaissances suffisantes pour vouloir se livrer à des recherches cadavériques, ou pour les faire avec avantage pour la science. On sait d'ailleurs toutes les difficultés qu'on éprouve lorsqu'on veut se livrer à ces recherches dans la pratique civile.

Diagnostic.

Rien n'est plus facile ordinairement que de reconnaître un accès de fièvre intermittente. En effet, il n'y a pas de maladie qui, comme elle, présente avec les symptômes de la fièvre les trois stades de froid, de chaleur, de sueur, suivis d'une apyrexie plus ou moins longue. Le diagnostic peut cependant devenir difficile, l'intermission est quelquefois si courte que la fièvre paraît continue (fièvre subin-

trante). Des symptômes graves peuvent subsister pendant l'intervalle des accès, et jeter du doute sur la nature de la maladie. Enfin les fièvres anomales, et parmi elles celles qu'on nomme *larvées*, ne peuvent guère se reconnaître que lorsqu'on a déjà observé plusieurs accès et plusieurs intermissions.

Prognostic.

Les fièvres pernicieuses sont des maladies très-graves qu'il faut se hâter d'attaquer avec les moyens les plus énergiques. Les fièvres irrégulières sont très-opiniâtres; les fièvres adynamiques et ataxiques sont, parmi celles dont je m'occupe, les plus dangereuses; les fièvres intermittentes bilieuses offrent moins de gravité. Après les premiers accès, la complication disparaît, la maladie devient simple, et l'on n'a plus à redouter que les accidens qui suivent ces maladies lorsqu'elles se prolongent trop long-temps. La fièvre inflammatoire peut déterminer une phlegmasie d'un organe important, et devenir ainsi dangereuse. La fièvre simple, si l'on admet qu'elle existe primitivement, est la moins grave de toutes. J'ai déjà dit qu'on devait moins redouter les fièvres vernales que celles d'automne. La fièvre quarte ne menace pas aussi brusquement que la fièvre quotidienne la vie des malades; mais on la voit plus souvent se prolonger que celle qui affecte tout autre type. Il est toujours fâcheux de voir une fièvre intermittentes devenir continue; or, plus l'apyrexie est courte, plus cet accident est à craindre. La fièvre quotidienne, et surtout celle qu'on a nommé *subintrante*, devient souvent continue; on doit aussi augurer défavorablement d'une fièvre quarte ou tierce, ou double-tierce, qui devient quotidienne, et plus encore si elle devient subintrante, parce qu'il est à craindre qu'elle perde son caractère intermittent. C'est, au contraire, un bon signe lorsqu'on voit une fièvre continue se changer en fièvre d'accès. Généralement le prognostic est favorable, parce qu'on possède des moyens qui peuvent arrêter le cours de ces affections, et par l'examen desquels je vais terminer cette dissertation.

Traitement.

Cette partie de l'histoire des fièvres intermittentes comprend ce qu'on doit faire pendant l'accès et pendant l'apyrexie; les moyens à employer pour prévenir les rechutes, et les précautions que doivent prendre ceux qui veulent s'en garantir dans les pays où elle règnent habituellement.

Lorsqu'on arrive près d'un malade qui est pris du frisson, d'une fièvre intermittente, il faut le faire mettre au lit, et tâcher de le réchauffer en appliquant sur lui des linges et des corps chauds; il devra boire une infusion chaude et aromatique. Si les vomissemens sont très-fatigans, on essaiera de les modérer avec une potion calmante; j'ai vu ce moyen suivi de succès. Plusieurs méthodes, entre autres la compression des artères crurales, ont été conseillées pour arrêter le développement de ce stade, mais l'expérience n'a confirmé l'efficacité d'aucune d'elles.

Lorsque le second stade arrive, on dégage le malade du poids des couvertures qu'on a accumulées sur lui, on le couvre modérément, et on remplace l'infusion aromatique par une boisson rafraîchissante et acidulée dont on lui donne à boire souvent et peu à la fois. C'est pendant la chaleur qu'il est souvent utile de pratiquer des évacuation sanguines.

Lorsque la sueur a commencé, il faut l'entretenir au moyen d'une légère infusion sudorifique et tiède; il ne faut rien faire pour la provoquer. On doit remplacer les linges qui sont mouillés par d'autres qui soient secs et chauds. Voilà tout ce qu'il y a à faire ordinairement pendant l'accès; l'expérience a démontré qu'il ne fallait tenter de guérir la maladie que dans l'apyrexie. Cette règle ne souffre que quelques rares exceptions.

Dans l'intervalle des accès, un médecin a deux ordres de moyens à sa disposition pour ramener le malade à la santé. Les uns sont destinés à combattre tel ou tel symptôme, et ne font souvent que pré-

parer les malades à l'administration des médicamens, qui ont la propriété de s'opposer au retour des accès, et que pour cela on a nommé *fébrifuges*. Ces moyens préparatoires sont : la diète, les boissons rafraîchissantes, les évacuations sanguines, les vomitifs et les purgatifs.

La diète et les boissons rafraîchissantes sont presque toujours utiles après les premiers accès, car il est rare qu'il ne se compliquent pas de l'irritation de quelque organe.

Les évacuations sanguines sont très-souvent nécessitées, soit pendant l'accès, soit pendant l'apyrexie ; on les pratique avec la lancette, les sangsues ou les ventouses scarifiées ; on doit les proportionner à l'âge et à la force du sujet, et à la violence des symptômes qu'on veut combattre. Si on y a recours pendant l'accès, il faut s'en abstenir tant que dure le stade de froid ; on les pratique pendant la chaleur, parce qu'alors les symptômes qui les réclament se montrent ordinairement dans leur plus grande intensité, qu'elle suffit souvent pour les calmer, et qu'elle abrège la durée de l'accès, en amenant plus tôt le troisième stade. On peut aussi la pratiquer pendant l'apyrexie.

Les vomitifs et les purgatifs, quoique employés autrefois sans mesure, sont aujourd'hui d'un usage bien moins fréquent ; assurément on peut guérir beaucoup de fièvres intermittentes sans avoir recours à leur administration. Je crois cependant qu'il peuvent être d'une grande utilité, surtout dans les fièvres d'été, qui sont si souvent compliquées d'embarras gastrique. Je les ai souvent vus faire cesser subitement les accès ; mais leur effet le plus ordinaire est de diminuer leur longueur et leur intensité, de rendre la convalescence moins longue et les rechutes plus difficiles. Lorsqu'ils ont été administrés convenablement, je n'ai pas eu occasion d'en observer de fâcheux effets, ce qui me porte à croire qu'on a exagéré le danger qu'il y a à les prescrire. Ces divers moyens suffisent quelquefois pour guérir les fièvres intermittentes ; mais le plus souvent ils ne font que préparer la voie à ceux dont je vais m'occuper.

La liste des médicamens décorés du nom de *fébrifuges* est encore très-nombreuse : je ne me propose pas de les passer tous en revue ; je veux seulement poser quelques-unes des règles qu'il faut suivre dans leur administtation, et dire ensuite quelques mots du quinquina, du sulfate de quinine, de la salicine et de la poudre de feuilles de houx.

Doit-on chercher à guérir toutes les fièvres intermittentes? L'expérience a démontré que dans quelques cas, très-rares à la vérité, des fièvres d'accès survenant dans le cours d'une maladie rebelle à toute espèce de médicamens pouvaient la modifier d'une manière très-avantageuse, et quelquefois même en amener la guérison. On sent dès-lors qu'il faut s'abstenir de rien faire pour la combattre. Mais ces exceptions sont si peu nombreuses, qu'on peut presque poser en règle générale qu'il faut toujours tâcher de provoquer la cure de ces affections. On a encore recommandé de ne pas les guérir trop tôt, parce qu'il pourrait résulter divers accidens de la brusque cessation des accès : quelques faits tendraient à faire admettre cette doctrine ; mais, d'une part, il n'est pas bien avéré que les accidens survenus doivent être rapportés à cette cause, et, de l'autre, on sait que plus ces maladies se prolongent, plus leur guérison devient difficile, et que plus tard elles amèneront des lésions très-graves qui peuvent faire périr les malades. Par conséquent il n'y a pas à hésiter : une fièvre intermittente étant donnée, il faut chercher à en arrêter le cours ; pour cela on prendra un fébrifuge. Le quinquina et le sulfate de quinine ont une efficacité si bien constatée, qu'on ne peut aujourd'hui la révoquer en doute. L'opinion des médecins est loin d'être arrêtée sur le mode d'action de cette substance : chacun la fait agir selon l'idée qu'il s'est formée sur le siége et la nature de la maladie. De là autant d'hypothèses, entre lesquelles je me garderai bien de choisir.

Excepté dans quelques circonstances rares, on ne doit jamais administrer le quinquina pendant l'accès ; il faut toujours attendre l'apyrexie. Les cas où l'on doit s'écarter de cette règle sont, les fièvres

subintrantes et quelques fièvres pernicieuses : dans les premières, il est impossible que le fébrifuge ne se trouve pas dans l'estomac pendant les accès, puisqu'ils se touchent; on doit choisir pour le faire prendre la fin de l'un et le commencement de l'autre. On le donne pendant l'accès d'une fièvre pernicieuse, lorsqu'on a lieu de craindre qu'il ne se termine que par la mort du malade.

On a suivi diverses méthodes dans l'administration du quinquina : les uns ont conseillé de le faire prendre à dose fractionnée dans les huit ou dix heures qui précèdent l'invasion de l'accès, et de manière que la dernière dose soit prise environ deux heures avant celui-ci. Dans les fièvres pernicieuses, M. *Chomel* veut qu'on donne le quinquina dès que l'apyrexie commence, et que la première dose soit assez forte pour prévenir l'accès au cas où l'heure viendrait à avancer, ce qui n'est pas rare. Ce précepte me paraît d'autant plus sage, qu'on peut, si l'intermission se prolonge, continuer à en faire prendre de nouvelles doses moindres que la première. Cette méthode doit être suivie dans les fièvres pernicieuses; mais dans celles qui sont moins graves, je crois qu'on pourrait s'en écarter sans danger. M. *Bally*, dans les fièvres ordinaires, fait prendre six grains de sulfate de quinine toutes les six heures, quelle que soit la longueur de l'intermission. Lorsqu'on veut faire cesser une de ces maladies qui dure déjà depuis très-long-temps, et surtout lorsqu'on a employé inutilement de faibles doses de fébrifuge, il est de règle de le porter subitement à une dose très-élevée. Ces principes s'appliquent et à l'emploi du quinquina et à celui des autres fébrifuges.

On donne le quinquina en poudre depuis deux gros jusqu'à six ou huit; à moins d'un danger pressant, on ne fait pas prendre cette masse en une seule fois, parce qu'on trouverait bien peu d'estomacs capables de la supporter; on la délaye dans l'eau, dans le vin; on en fait des bols, mais alors son action est plus lente; pour masquer son amertume, on verse dans une tasse de lait cette poudre, préalablement délayée dans de l'eau, et l'on fait avaler immédiatement, avant que celui-ci ait contracté son mauvais goût. L'extrait alcoholique est

une des meilleures préparations qu'on fasse subir à l'écorce du Pérou; mais son prix élevé n'a jamais permis d'en faire un grand usage. Le vin de *Séguin* a été souvent employé avec succès; on le fait prendre par cuillerées, et à des intervalles assez rapprochés pour que le malade en ait avalé six, douze et même plus dans l'apyrexie. On a constaté que l'eau ne pouvait se charger de ses principes actifs, et que cette préparation était infidèle. Lorsque l'estomac se refuse à recevoir le quinquina, on l'introduit dans le rectum; on l'a associé à l'opium, pour que l'intestin le conservât plus long-temps; mais il est toujours préférable de l'introduire par la bouche, lorsque cela est possible. On l'a encore fait prendre sous forme de bains.

De toutes les préparations qu'on a fait subir au quinquina aucune n'offre les avantages de la poudre introduite dans l'estomac : mais beaucoup de circonstances s'opposent à ce genre d'administration. Ce médicament répugne à beaucoup de malades par son amertume. Il est impossible de le faire prendre ainsi à de jeunes enfans : de plus, beaucoup le vomissent, et l'estomac, qui le plus souvent n'est pas dans un très-bon état, est obligé de le digérer, ce qu'il ne fait qu'avec peine, pour en extraire le principe qui possède à peu près seul la propriété de s'opposer au retour des accès. Ce principe, MM. *Peltier* et *Cavanton* l'ont isolé depuis quelques années; ils l'ont nommé *quinine*, et c'est cet alcali combiné avec l'acide sulfurique qui est aujourd'hui généralement employé. L'écorce du Pérou, et surtout certaines espèces, renferment un autre principe fébrifuge nommé *cinchonine*, mais qui est peu usité. Le sulfate de quinine a remplacé le quinquina lui-même. Et comment n'en serait-il pas ainsi, puisqu'il possède toute sa vertu fébrifuge, et qu'il n'a aucun des inconvéniens que j'ai signalés? Quelques grains de cette substance représentent une masse énorme de la poudre péruvienne. Ce sel est soluble, par conséquent il est facilement absorbé. L'estomac n'a besoin d'exercer sur lui aucun effort de digestion; il l'irrite, il est vrai, quelquefois assez vivement; mais il est facile de parer à cela, soit en le mêlant à une poudre inerte, soit en l'introduisant dans l'économie par toute autre voie. Son

administration par l'anus est bien plus sûre que celle du quinquina. Des faits rapportés dans les Journaux de médecine constatent qu'il agit très-efficacement lorsqu'on le place sur la plaie d'un vésicatoire, ou qu'on l'emploie en frictions sur les gencives. Son amertume est considérable, mais il est facile de la masquer. On en fait des pilules; on l'enveloppe dans la pulpe d'un fruit, ou on le place entre deux morceaux de pain trempé, que le malade avale sans mâcher. Les plus jeunes enfans peuvent ainsi le prendre sans répugnance : ils l'avalent aussi très-bien lorsqu'on le met dans du vin ou du sirop. La dose pour un adulte est de huit à quinze grains pendant le temps de l'intermission, en suivant les règles indiquées plus haut; on pourrait, si le cas l'exigeait, la porter beaucoup plus loin. J'ai vu, chez M. *Bally*, des malades en prendre trente, quarante, et même un de ceux-là quatre-vingt-douze grains en vingt-quatre heures, sans en ressentir le moindre dérangement. On a admis la tolérance de l'estomac pour certains médicamens, lorsqu'on les administrait dans le cours d'une maladie, et je crois qu'on pourrait l'admettre aussi pour celui dont je m'occupe. Je pourrais en citer deux exemples : une femme avait une gastro-entérite assez forte et suffisamment caractérisée par la douleur à l'épigastre et à l'abdomen, des vomissemens, du dévoiement, de la soif, de la rougeur sur les bords de la langue, de l'anorexie, de la céphalalgie, de la chaleur à la peau, de la fréquence du pouls. Pendant le cours de cette maladie il survint une fièvre intermittente tierce. On donna, dans l'intervalle de trois accès, soixante et douze grains de sulfate de quinine ; la gastro-entérite ne fut pas exaspérée, et elle guérit peu à peu après que le fébrifuge eut enlevé les accès. Un homme avait une maladie du même genre, avec le même appareil de symptômes et vingt selles liquides par jour; une fièvre double-tierce vint la compliquer, et tout disparut avec vingt grains de sulfate de quinine. Il est probable que, sans la complication de fièvre intermittente, dans ces deux cas, l'affection primitive eût été exaspérée. La dose moyenne du sulfate de quinine nécessaire pour amener la cessation des accès est de quinze à dix-huit grains.

Il me resterait à examiner s'il vaut mieux, dans le cas où les accès n'offrent pas un danger pressant, les enlever tout d'un coup, ou chercher à se rapprocher de la marche de la nature, qui les fait cesser graduellement. Je crois qu'en suivant la seconde méthode on est plus à l'abri des rechutes; mais cette question m'entraînerait trop loin.

Il ne suffit pas de faire cesser les accès, il faut encore prévenir leur retour. Pour cela, lorsque la fièvre a disparu, il faut continuer à prescrire les fébrifuges à une dose qui sera toujours décroissante, jusqu'à ce qu'on les abandonne tout à fait. Ces maladies ont de la tendance à se reproduire plutôt les jours ou les semaines paroxystiques. Tant qu'il reste quelque symptôme, si léger qu'il soit, il ne faut pas les abandonner. Souvent, à l'heure des accès, le malade éprouve de la céphalalgie, quelques légers frissons, des bouffées de chaleur, des lassitudes spontanées, du dégoût; tant que ces signes existent, il faut insister sur l'emploi des moyens qui ont amené la fin des accès, sans quoi ils se reproduiront. Lorsqu'on les a supprimés, il sera prudent que le malade fasse usage le matin d'une boisson amère, telle que l'infusion de petite centaurée ou de chausse-trape. Le régime des convalescens mérite encore de fixer l'attention du médecin; ils devront bien se garder de reprendre trop tôt leur nourriture ordinaire, une indigestion serait le plus souvent suivie d'une rechute; ils doivent aussi se garder, surtout dans les pays marécageux, de s'exposer à l'air froid et surtout humide avant le lever et après le coucher du soleil. Ils prendront la précaution de se bien couvrir, et de ne pas revenir trop tôt à leurs travaux habituels.

Malgré l'emploi méthodique des moyens curatifs et préservatifs que j'ai indiqués, ces maladies sont souvent rebelles dans les endroits humides et marécageux. On ne peut en amener la guérison qu'en faisant changer l'habitation des malades. Ce moyen réussit souvent tout seul; mais tous ne peuvent pas s'en servir. Lorsque ceux qui n'en sont pas encore atteints veulent s'en préserver, le plus sûr moyen pour eux est l'émigration; mais si leur position ne leur permet pas de s'éloigner des lieux où ces maladies règnent, ils doivent prendre les mêmes pré-

cautions hygiéniques que j'ai indiquées pour les convalescens, y joindre l'usage des infusions amères, et même celui de la bière de quinquina, que M. *Alibert* a fait préparer dans ce but.

Avant la découverte du quinquina, on se servait de la poudre de l'écorce de plusieurs arbres indigènes, celle de maronnier d'Inde, de chêne, de saule blanc, de la poudre de racine de gentiane, de fleurs de camomille, etc. Parmi ces fébrifuges, l'écorce de saule est un de ceux qui ont obtenu le plus de succès. Encouragés par la découverte de MM. *Peltier* et *Cavanton*, les chimistes cherchèrent dans ceux-ci un principe analogue à la quinine. M. *Le Roux*, pharmacien à Vitry-le-Français, a extrait de l'écorce du *salix-helix* un principe cristallisable, qui n'est pas alcalin, et qu'il nomme *salicine*. Beaucoup d'expériences ont été faites pour constater ses propriétés fébrifuges; beaucoup d'observations ont été publiées pour les attester, et cependant l'opinion des médecins n'est pas encore définitivement arrêtée. M. *Chomel* n'a presque jamais obtenu de succès de son emploi. M. *Bally* est loin de croire qu'elle puisse remplacer le quinquina, ni le sulfate de quinine. J'ai suivi plusieurs fois l'emploi de ce médicament : il est très-amer; mais donné à la dose de six ou huit grains plusieurs fois par jour il ne paraît pas offenser le canal gastro-intestinal. Ses effets fébrifuges ne m'ont pas paru bien marqués, cependant j'ai vu la fièvre cesser sept fois sur neuf pendant son administration. Je dois ajouter que, dans les sept cas de guérison, six fois on l'avait donné le jour même de l'entrée des malades à l'hôpital. Espérons que les hommes consciencieux que l'Académie a chargés de nouvelles expériences sauront fixer définitivement l'opinion des médecins sur ce nouvel agent thérapeutique.

On a encore, depuis quelques années, préconisé comme fébrifuge la poudre des feuilles de petit-houx (*ilex aquifolium*). On en met un gros infuser, pendant douze heures, dans un verre de vin blanc. M. *E. Rousseau* a publié beaucoup d'observations tendant à prouver son efficacité. M. *Labarthe*, jeune médecin très-distingué, m'a écrit

qu'il l'employait souvent avec succès. L'expérience de M. *Chomel* est encore contraire à ce nouveau médicament.

On a encore employé les narcotiques, les sudorifiques, les bains froids, les préparations ferrugineuses, une diète aqueuse pendant trois jours, etc. Tous ces moyens ont pu être suivis de la cessation des accès; mais on ne doit pas pour cela leur donner le nom de fébrifuges. M. *Fouquier* a employé très-avantageusement les arséniates de potasse et de soude, à la dose d'un quart de grain et d'un demi-grain par jour, contre des fièvres qui avaient résisté au quinquina lui-même. On sent avec quelles précautions on doit manier ces poisons redoutables: il ne serait, je crois, permis de s'en servir qu'autant qu'on n'aurait pas à sa disposition d'autres moyens efficaces de combattre ces maladies.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Quartanæ estivæ plerùmque fiunt breves; autumnales verò longæ, et maximè quæ propè hyemem incidunt. *Sect.* 2, *aph.* 25.

II.

Mutationes anni temporum maximè pariunt morbos; et in ipsis temporibus mutationes magnæ tùm frigoris tùm caloris, et cætera pro ratione, eodem modo. *Sect.* 3, *aph.* 1.

III.

Frigida, velut nix, glacies, pectori inimica; tusses movent, sanguinis eruptiones ac catarrhos inducunt. *Sect.* 5, *aph.* 24.

IV.

Erysipelas foris quidem intrò verti, non bonum : intùs verò foràs, bonum. *Sect.* 6, *aph.* 25.

V.

Si à leucophlegmatiâ detento vehemens diarrhæa superveniat, morbum solvit. *Sect.* 7, *aph.* 29.

VI.

Aures frigidæ, pellucidæ, contractæ, lethales sunt. *Sect.* 8, *aph.* 14.